

## I. ERANSKINA

### HAUR ETA GAZTEEN BURU-OSASUNERA BIDERATUTAKO ETA PSIKO-GERIATRIAKO BALIABIDEAK ETA ZERBITZUAK

#### Herri Defendatzaileen Koordinaketako XVIII. Jardunaldiak

#### **1. HAURRAK – GAZTEAK – 3. ETA 4. ADINAK: BEREZIKI AHULAK DIREN JENDE ALORRAK**

Koordinaketako Jardunaldi hauetarako, gure gogoeten gai nagusi modura buru osasunaren urgazpena hartu dugu. Gai nagusi honen barruan, niri kolektibo jakin batzuetan zentratzea egokitu zait; zehazki, batetik haur eta gazteen eta, bestetik, adineko pertsonen buru osasunera xedatutako baliabide eta zerbitzuen arazoetan.

Ba al dauka zentzurik gaira adinen arabera hurbiltzeak? Badago bereizterik buru osasunaren urgazpenean adinari lotutako berariazko arazorik? Bidezkoa da analisi honi eskubideen defentsaren ikuspegitik heldzea?

Eman ditzagun, hasteko, **zenbait datu** eta aitortu ditzagun, halaber, errealitatearen ezagupenean ditugun **mugak**.

Gure eremuari dagokionez, adingabeen, gazteen edo oso nagusiak diren pertsonen buru osasunaren urgazpenaren arazoak partzialki ezagutzen ditugu, urte hauetan halako edo bestelako bideetatik jaso ditugun datu sakabanatuengatik. Hartara, esaterako:

- Buruko gaixotasun kronikoa daukaten pertsonen urgazpena aparteko edo ezohiko bi txostenetan jorratu dugu: lehenengoa, psikiatrikoen gainean, 1992an (*Psikiatrikoak. Buruko gaixoen egoera ospitale psikiatrikoetan*); bigarrena, buruko gaixotasunaren erkidegoko urgazpenaren gainean, 2002an (*Buruko gaitzaren trataera ospitaletik kanpo*). Azkeneko honetan berariazko atalak sartu ditugu, geroago baliatuko ditugunak, haurren eta nerabeen buru osasunaren gainean, elikaduraren trastornoen gainean –gazteriaren eragin handia dauka, batez ere nesken gainean–, edo autismoaren arazoaren gainean...
- Bestalde, hirugarren adineko pertsonen oro har dagokionez eta beren buru egoera alboratuta, bere garaian ezohiko bi txosten egin genituen: bata zahar egoitzen gainean (*Hirugarren adinekoentzako egoitzak Euskal Autonomia Erkidegoan*), eta bestea egoitzetatik kanpoko urgazpenaren gainean (*Euskal Autonomia Erkidegoan hirugarren adineko egoitzetatik kanpo ematen zaien urgazpenaren gaineko ezohiko txostenak*). Egun, adineko pertsonen egoeraren azterlan eguneratu egiten tematuta gaude, berriro.
- Beste azterlan monografiko batzuetan ere, indar handi edo txikiagoz, adingabeen edo egoiztatarak bildutako kolektiboen buru osasunarekin zerikusia duten arazoak agertu dira: hartara, esaterako, adingabe lege urratzaileen gaineko azterlanetan (*Adin txikiko lege-hausleak*), edo hezkuntza bereziko beharren erantzunaren gainean (*EAEko hezkuntza-premia berezietan emandako erantzuna*), edo espetxeetako egoeraren gaineko txostenean, edo ordaindutako enpleguetara edo okupaziozko zerbitzuetara iristeko aukeren gainean argitaratu dugun azkeneko lanean (*Pertsona ezgaituen lanerako aukerak EAEn*).
- Bai gure gomendioak betetzen diren jakiteko egindako jarraipenean, bai buruko gaixoen senideen elkarteekin aldiro izaten ditugun bileretan, sarritan, adin jakin bateko jende arloari lotutako berariazko arazoak agertu ohi dira.

Azaldu dugunez, adin alor horietako berariazko arazoaren gaineko azterlan xehatuak barik, informazio partzialak, zeharkakoak izaten dira. Nolanahi ere, ponentzia hau urte hauetako eskarmentuaren bidez pilatu dugun jakintzan oinarritu nahi dugu.

Gure Erkidegoan buruko gaixo kronikoei ematen zaien erkidegoko urgazpenaren gaineko gure azterlana abiapuntu hartzen badugu, esaterako, ikusten dugu, erkidego mailako urgazpeneko baliabideetara iristeko egoten diren itxaro-zerrendak alboratuta, horiek edozeini gertatzen zaizkio, **biztanle multzo jakin batzuek sarera sartu edo iristeko arazo bereziak aurkitzen dituztela**. Gure kasuan:

- Herrigune handietan bizi ez diren pertsonak.
- Biztanlerik gehien daramaten bizimoduaz bestelakoetan bizi direnak: etxe finkorik ez daukaten pertsonak, beren senideekin harremanik ez dutenak... Zailtasun bereziak dauzkatenak, beraz, baliabideetara iristeko eta bertan irauteko.
- Gutxiengo etniko eta kulturaren aldetik gehiengoaz bestelako taldeetakoak diren pertsonak, batez ere etorkin atzerritarrak, askotan egoera irregularrean egoten direnak.
- Buruko gaixo modura har ditzaten nahi ez duten pertsonak, urgazpen zerbitzuetara jotzen ez dutenak, beren trastornoak ezkutatzea nahiago dutelako, gaixorik daudela onartzen ez dutelako edo eskaintzen diren baliabideen edota baliabide horien erabilgarritasuna ezagutzen ez dutelako.
- Oso pertsona gazteak (haurrak), eta nagusienak ere (zaharrak). Gure ikerketan garbi geratu da oso gazteek eta oso zaharrek buruko osasunaren urgazpenerako berariazko zentroetara iristeko arazo handia daukatela, batzuetan urruntasunarengatik, beste batzuetan etxeko urgazpenik ez daukatelako, edo beharrezko irizten zaion hainbat baliabide ez dagoelako.

Ez da beti erraza izaten adin multzoka xehatutako datu nahikoa izaterik. Gaixotze tasaren gaineko zenbatespenak –hau da, biztanleriaren multzoan gaixotasun bat daukaten pertsonen proportzioa eta, beraz, “litezkeen eskarietara” edo “erantzuteko beharretara” gerturatuko gintuzketenak–, orokorrak izan ohi dira edo, nolana ere, adin jakin batean (esaterako 15 urtetik aurrekoengan) edo hiriko ala baserri munduko biztanleria den bezalako aldagaietan oinarritutako urgazpen beharrianen gaineko prebalentziak kalkulatzeko dituzte.

Bai izaten ditugu, batzuetan, zerbitzuetara benetan etortzen diren, baliabide horiek erabiltzen dituzten pertsonen adinaren gaineko datu xehatuak. Baina ezin ditugu inoiz ahaztu benetan tratatzen diren buruko gaixotasunen tasen eta trastorno psikiatrikoek biztanleengan duten eraginaren gaineko zenbatespenen artean gorabehera edo alde handiak egoten direla. Buruko osasunari dagokionez, tratatutako gaixo bakoitzeko urgatzi beharko litzaiekeen baina urgazpen zirkuluetatik kanpo dauden beste 20 pertsona daudela baiestera heldu da. Zerbitzu ondo garatuak dituzten herrialdeetan ere, buruko osasuneko informazio zerbitzuetan erregistratutako biztanleriaren datuek izatez buruko arazoak dituzten biztanleen %15 soilik islatu ohi dute.

Gerta liteke, gainera, litezkeen beharrianen eta izatezko eskarien edo baliabideen benetako erabilpenaren arteko jauzi hori adinen arabera desberdina izatea. Dauzkagun zenbait datuk hala dela erakusten dute, antza.

Buruko gaixotasunaren erkidego mailako urgazpenaren gaineko txostena prestatzeko erabili genituen informazio iturrien artean, besteak beste, 405 buruko gaixo kronikoren laginari elkarriketa pertsonalak eginez jasotako datu eta iritziak ere izan genituen. Beraien erantzunak aztertzeko orduan, generoa, lurraldea edo diagnostikoa bezalako aldagaiez gain, adina ere kontuan hartu zen. Zehazki, hiru adin multzo finkatu ziren: 18tik 34 urtera bitartekoak, 35etik 59ra artekoak eta 60 urtetik gorakoak.

Hara, bada, esaterako, azkeneko urtean gizarte eta osasun baliabide edo zerbitzu desberdinak erabili zituzten pertsona horien portzentajeei aditzen badiegu, gazteenek honako zerbitzuak proportzio handiagoan erabiltzen dituztela aurkitzen dugu: buruko osasun zentroak, oinarritzko gizarte zerbitzuak, eguneko zentroak, okupaziozko zentroak, enplegu zentro bereziak, ahalmen urritasunen orientazioko zentroak eta baita egoitzak ere.

60 urtetik gorako pertsonen, laginaren arabera, besteak baino proportzio handiagoan bi baliabide besterik ez zituzten erabili: etxeak eta etxez etxeko urgazpen zerbitzuak, eta gainerakoen proportzio berean erizaintza programak.

Osasun zerbitzuak adinaren arabera nola edo zenbateraino erabiltzen diren adituz, 60 urtetik gorakoek familia medikuaren zerbitzuak espezialistenak edo erizainenak baino gehiago erabili zituzten, baina ospitaleratze, psikiatra edo psikologoarenak baino gutxiago (datuak aipatutako txosteneko 9 eta 12 grafikoetan). Beren bizi baldintzei buruzko beste gai batzuetan, hala nola, lan egoeran edo diru sarreren iturri eta mailetan ere alde esanguratsuak aurkitu ziren.

Buruko osasun zentroeiz erkidego mailako bestelako urgazpeneko baliabideak, gure kasuan behintzat, psikosidun gizon gazte samarrez gainezka egoten dira, adin guztietako emakumeek eta gizon nagusiagoek zerbitzu horietara ia jo edo baliatzen ez dituzten bitartean.

Ez dirudi adinari lotutako behar edo eskarietan dauden aldeak desagertuko direnik, alderantziz baizik. Osasunaren Mundu Mailako Erakundearen beraren iritziz, Europan zahartzearekin, bizimoduarekin (alkohola, jokabide arriskutsuak, indarkeria, estresa, sexu jokamolde arriskutsuak, eta abar) zerikusia duten zioen

ondoriozko buru trastornoak eta egoera psikosozial okerren mende egoteak, jendarte eta familia loturen ahultzeak, langabeziak, mugikortasun geografikoak, gizarte bazterkeriako gero eta multzo handiagoek (baztertuak, etxerik gabeak, etorkin atzerritarrek, eta abar) eragindako zioen ondoriozkoak ikaragarri gehituko dira.

Esan ditugu, beraz, **hemen aztertutako kolektiboen buru osasunean eragina daukaten eta izaten jarraituko duten gure gizartearen zenbait ezaugarri**. Besteak beste:

**1. Jaiotza tasaren jaitsierak eta bizitza itxaropenaren luzapenak markatutako bilakaera demografikoa**

Gure ingurunean, azkeneko hamarkadetan, gizartearen oihartzun ikaragarria daukan fenomenoak gertatu da: biztanleriaren egiturazko zahartzea, bizitza itxaropena luzatu delako eta jaiotza tasa oso txikia delako. Fenomeno honek ondorio garbiak, ezbairik gabeak dauzka gizarte zerbitzuen gehitzean edo pentsioen finantzaketan ez eze, baita osasun sisteman ere.

Europar Batasunean 60 urtetik gorako pertsonak % 50etik gora gehitu dira azkeneko hiru hamarkadetan. Eta demografiaren aurreikuspenek iragartzen dute 2020an Europar Batasunean 100 bat milioi adineko pertsona biziko direla, eta horien laurdenak, hau da, 20 edo 25 milioi, 80 urtetik gorakoak izango direla.

Gure Autonomia Erkidego guztiak, abiada eta bizitasun handiago edo txikiagoz, joera horretara sartu dira. Izan ere, egun Espainia Europar Batasunean bizitza itxaropenaren aldetik lehenengo postuetan dago (emakumeen kasuan bizitza itxaropenik handienaz: 82,7 urte, 2000 urteko datuetan), eta azkeneko postuan jaiotza tasei dagokienez (emankortasun indizea: 1,22, 2000 urtean).

**2. Familiaren egituraren gertatzen ari diren aldaketak**

Familia handiaren tradiziozko eredutik familia nuklearraren eredurako aldaketa gertatu da, faktore askoren ondorioz, baina nagusiki urbanizazio prozesuarengatik eta, batez ere, emakumea lan merkatuan sartu delako.

Etxe berean bizi zen hiru belaunaldiko familiak familia tipologia desberdinean utzi die tokia. Bi belaunaldiko familia nagusitzen da, non guraso eta seme-alabak etxe berean bizi diren, baina beste familia eredu batzuk gero eta ugariagoak dira.

**3. Emakumearen rola aldaketa lan merkatuan**

Familiak zaharren beharizanei, edo haurren ongizatea zaintzeari erantzuten ziola generikoki baiesten zenean, benetan adierazten zena eginkizun horiek etxeko emakumei eta, oso modu nabarmenean, zaharren alabaren bati edo haurren amari zegozkiela zen.

Mediterraneo aldeko herrialdeetan, emakumea da zaharrak zaintzearen ardura ez eze, haurrak, ezgaitu edo buruko gaixoen ere bere gain hartzen duena, eta horrek tradizioz emakumeari lan merkatu sartzeari ikaragarri zail jarri izan dio.

Zaintzailearen egungo soslai hori eraldatzen ari da, eta esan dezakegu aldaketa garaian gaudela eta emakumea lan merkatu sartzeari gizonenak haurrak eta zaharrak zaintzeko lanak egiten ere has daitezen beharrezko bihurtzen ari dela.

**4. Hainbat balore, igurikapen eta bizimoduren hedapena**

Esan dugu gizartearen modernizazioa gehitu ahala zahartzaroaren gizarte balorazioa jaisten dela. Horren ildotik, nolabaiteko haustura dago tradiziozko gizarteekin, non zahartzaroen pertsonaren bizitzako betetasun garaia zen. Tradiziozko gizarteetan adineko pertsonen esleitzen zitzaizkien jakinduria, prestigioa eta eskarmentua bateragarria zen inperfekzio, gainbehera eta sufrimendu egoera bat ere bazela onartzearekin. Gure gizartearen, sarriegi, adineko pertsona izatearekin baterako balore positiboak ahaztu eta beren alderdi negatiboak, ordea, handiasten ditugu.

Bestalde, industria garaia osteko gaiko gizarteak zenbait gizarte alor, gazteak nagusiki, laneko ez-aktibotasunera bultzatzen ditu, beren igurikapenak mugatzen. Kontsumo eta ongizateko igurikapen lar estimulatua, frustrazio bilakatzen direnak, elkarren ondoan bizitzeko arazoak, depresio arinak, eta halako gaixotasunak besterik sorraraziko ez dituzten bizitza eritimoekin, oraingo bizimodu berriek zenbait patologia, esaterako, elikadura trastornoak, ludopatiak, legezko eta legez kanpoko substantzien mendetasuna heda daitezten lagunduko dutela badirudien arren.

Hauk eta beste faktore batzuek eragiten diete pertsonen bizitza baldintzei eta, ondorioz, beren osasun baldintzei ere bai. Eragina are handiagoa da adingabeengan, eta adinez oso nagusiak direnengan. Ez da adin kontua, berez, **“mendetasun kontua”** baizik, horretan bi kolektiboak nahikoa bat baitatoz.

Horregatik, guri dagokigun eskubideak babesteko ikuspegitik, haur eta gazteen eta zaharren buruko osasunari eskaintzen zaizkion beharrian eta erantzunei arreta berezia eskaintzea komenigarria eta baliagarria dela ematen du.

## 2. BURUKO OSASUNA HAUR, NERABE ETA GAZTEENGAN

Jakin ondo dakigunez, buruko osasuneko prebentzioa batez ere hasierako haurtzaroko esku hartzeetan oinarritzen da. Pertsona nagusiaren sufrimenduaren jatorria eta aurrekaria, sarritan, bizitzako lehenengo urteetako bere sufrimenduan egoten da. Horregatik da hain garrantzitsua haurren buruko osasunarekin lotuta dauden beharrei xehetasunez heltzea. Hemen batzuk aipatuko ditugu, batzuetan gabeziaren ondorioz nabarmentzen direnez sektore horien buru osasuna modu egokian artatzeko oztopo edo muga garrantzitsua direlako.

Gaixotasun psikiatriko kronikoak bilakaera hiru urtetik gora, aldaketa nabaririk gabe luzatzen zaienak izaten dira, eta hemen, eskuartean daukagun kolektiboari dagokionez, honako diagnostikoak sartu ditugu: haur eta nerabeen psikosiak, bilakaerazko harmoniarik ezak, psikosi eta gabezia osagaiekin, nortasunaren antolamenduaren trastorno larriak, jokabidearen trastorno larriak, eta abar. Patologia hauek guztiek eskolan, familian eta gizartean integratzeko zailtasun handiak sortzen dituzte haur eta nerabeengan, eta halakoen tratamendurako banan-banako urgazpeneko berariazko programa terapeutikoak behar izaten dira. Programa horietan, esaterako, ambulatorioko urgazpen espezializatua, "eguneko ospitaleko" erregimenean, eta ospitaleratzeak prozesu larrietarako, prozesu kronikoak berriro larritzen direnerako, edo tratamenduak edo diagnostikoak egiteko... Buru osasunaren urgazpenen eta laguntza psikiatrikoan diagnostikoa, jarraipen klinikoa, psikofarmakoterapia, eta banan-banako, familiako zein taldeko terapiak sartzen dira. Sarri askotan balio ugariko bitarteko egiturak egon behar izaten dira, hala nola, eguneko ospitaleak, eguneko zentroak, arratseko unitatea... Halako egiturak ezinbesteko elementu terapeutikoak izaten dira, buruko patologia larria daukaten haur eta nerabeen tratamendu intentsiboak antolatzeako: psikosia, disarmoniak, nortasunaren trastornoak eta halakoak dauzkatenentzat.

Buruko gaixotasunaren erkidego mailako urgazpenaren gainean egin genuen lanean biztanleriaren sektore hauen arazoak beren beregi aztertzen zireneko hainbat azpiatal sartu genituen, baita sektore horiengan eragin handia daukaten buruko gaixotasun jakin batzuen gaineko beste batzuk ere, besteak beste, elikadura trastornoen edo autismoaren gainekoak. Berriko ekarriko ditugu hona interes orokorrekoak izan daitezkeen zenbait kontu.

**Baliabide nahikoa daukaten ala ez daukaten baloratzeko**, sarritan, beharrianen eta erantzuteko gaitasunaren artean konparatu, haztatu behar izaten da.

Munduko Osasun Erakundearen (OMS) zenbatespenen arabera, jaiotako 10.000 haur bakoitzeko 10-14 haur eta nerabe jotzen dituzte trastorno psikiatriko larriek, zenbatespenok, 15 urtetik beherako gure herrikideen ingurunera aplika ditzakegu. Bestalde, adituen kalkuluetan, buruko trastornorik duten 20 urtetik beherako hiru gaztetik batek soilik jasotzen du laguntza eragingarririk.

Gure kasuan, txostena egiteko aztertutako datuak eta informazioak kontuan izanik (osasun sistemak berak aurreikusitako konpromisoak eta egitarauak, 15 urtetik beherako buru osasuneko urgazpenen prebalentzia, urgatutako pertsonen diagnostikoak eta dauden zerbitzuen ezaugarriak, urgazpen beharrak eta kopuruak...), **hobetu beharrean dauden zenbait, arazo, muga edo gauza** aipa ditzakegu, ziurrenik beste testuinguruetan ere gertatuko direnak:

- Ez dago bitarteko egiturarik, edo egotekotan ez dira nahikoak, psikosi edo bestelako buru trastorno larrietan plan terapeutiko trinkoak garatzeko (bilakaerazko harmoniarik ezak, muga-mugako egoerak, nortasun trastornoak...).
- Bitarteko egiturak, plan terapeutiko trinkoak, alorren arteko egitarauak, laburbilduz, halako patologia larrietarako ezinbestekoak diren zaintzen jarraipena, sarritan, ez da nahikoa garatuta egoten.
- Baliabide pertsonal espezializatuak urriak dira (hala nola, haurren psikiatrak edo urgazpen taldeetako beste profesional batzuk), gure inguruneke beste europar eskualde batzuetan dauden aldean, edo OMSren gomendio eta irizpideen aldean (haur eta gazteentzako psikiatra bat eta psikologo bat 18 urtetik beherako 12.500 adingabeko, esaterako). Gogoratu 1999an, Europako 31 herrialderen gaineko azterlan batek Espainia azkeneko tokian jarri zuela haurrentzako psikiatren kopuruari dagokionez (bat 52.950 adingabeko).
- Baliabide jakin batzuk herrigune handietan pilatzen dira eta, ondorioz, ez daude oso eskueran beste eskualde batzuetan edo baserri guneeetan bizi diren pertsonentzat.
- Erakunde desberdinen mendeeko baliabideak koordinatzeko eta "gizarte eta osasun eremua" deritzona artikulatzeko zailtasunak...

Azkenerako arazo honi dagokionez, haur psikiatriako urgazpen ambulatorioko zentroetan, babes sistemekin "partekatzen direnetan" urgatzitako adingabeen aipamen berezia egitea komeni da. "Gizarte kasuak" deritzenak dira, **gizarte zerbitzuetan urgatzi edo tutoretzapean edukitzen diren haur eta nerabeak**, hain zuzen, sarritan desegindako eta diru arazoak dituzten familietakoak, adingabeengan eskola porrota izan eta gurasoengan ere patologia psikiatrikoa izan ohi direnetan. "Arazo ugariko" kasuak izaten dira, psikoterapiaren bidez jorrazteko zailak, arazoak asko eta larriak izaten direlako, eta behar dituzten erantzunak ere oso desberdinak izaten direlako (osasun, gizarte, hezkuntza eta abarren aldetik). Gizarte eta osasun esparruan erakundeen arteko lankidetzak handiagoa eskatzen dute, ahal bada.

Gure kasuan gero eta handiagoa da foru aldundietako gizarte zerbitzuetatik euskal osasun zerbitzu publikoko haur eta gazteen psikiatria taldeetara bideratzen diren haur eta nerabeak artatzeko eskaria. Aldi berean, gero eta gehiago dira buru osasunaren alorrean artatzen diren eta gizarte zerbitzuen urgazpena ere behar duten gaixoak, arrisku edo babesik gabeko egoeran daudelako.

Sarritan, adingabe hauek, hainbat zerbitzuren erabiltzaile, urgazpen intentsiboagoa behar izaten dute, erkidego eta erakundeen arteko koordinaketako lan handiagoa sorrarazten dute eta buruko trastorno larriagoak izaten dituzte, iraupen handiagoko tratamenduak behar izanik. Horrek urgazpen talde desberdinentzako ikaskuntza erkidea eskatzen du, bai haur eta gazteen buru osasunaren alorrekoentzat bai erakunde desberdinen mende egoten diren gizarte baliabide eta talde espezializatuaren alorretzat. Ikuspegi honetatik, bitarteko egituren falta hartzen da, eguneko zentro edo ospitaleak, esaterako, tratamendu terapeutiko intentsibo eta espezializatuagoko haurretzat, eskolazte normalizatu eta beren beharretara egokitutakoekin bateragarri.

Gure artean gero eta ugariagoa den familia egoera gazte justiziako zerbitzuek artatzen dituzten eta dituzten buru osasuneko gaixotasun arazoek dauden zerbitzuekin behar bezala artatzerik ez dauden eskariak planteatzen dituzten **gazte lege urratzaileen artean** ematen dena ere bada.

Sarritan, harrera edo barneratze zentroetara egiten ditugun bisitetan, arazo horiek aurkitzen ditugu, jarduera irizpideekin edo dauden baliabideen mugekin profesionalen eskariekin talka egiten duten profesionalen eskariak. Batzuetan zerbitzuak edo erantzuteko duten ahalmena gehitzea planteatu dugu; beste batzuetan urgazpen irizpideak berrikusi eta bereziki zaugarriak edo ahulak diren alor hauentzako lehenetsun edo konpentsazioko irizpideak ezartzea proposatu dugu. Pentsatzen dut beste ararteko batzuen bulegoetan ere halako edo antzeko egoera eta arazoak aurkitu ohi dituzuela.

Berariazko kolektibo desberdinen beharrez bereziak azpimarratzeko ildo beretik, hemen gutxienez hiru alorri lotutako arazoak aipatzea komeni da: elikadura trastornoak, autismoa, eta droga mendetasuneko arazo larriak dituzten adingabe edo gazteak.

- **Elikadura trastornoak** eragin handia izaten ari dira gazteengan, batez ere nesengan. Urduritasuneko anorexiaren kasuan, erkidegoan gutxienez 100.000 biztanletik 8ri eragiten diela kalkulaten da. Urduritasuneko bulimian, urtean 100.000tik 13 jotzen dituela kalkulaten da, eta emakumeen bizitzaren % 1ean eta gizonezkoen bizitzaren % 0,1ean luzatzen dela (Lucas et al., 1991). Oro har, zenbaki handiagoak eman ohi dira, Psikiatriako Amerikar Elkarteak (APA) ematen ditu, non 14tik 30 urtera bitarteko % 0,8 eta % 1 emakumek urduritasuneko anorexia eta % 2-4k bulimia pairatzen dutela kalkulaten baita. Baina aukera gutxi dago zenbaki horiek gure ingurunera extrapolatu ahal izateko, ukितuen familien eta profesionalen zenbait elkartetan gaixoen zenbatespenak ikaragarri handiak direla dioten arren.

Trastorno hauek oihartzun hirukoitza eragiten dute, esparru psikologikoan, fisikoan eta harremanetakoan, eta kroniko bihurtzeko (kasuen % 20) edo hein batean soilik sendatzeko (% 36) joera handia daukate, heriotza tasa nabarmenaren ondoan, urduritasuneko anorexia gaixoen % 5 eta urduritasuneko bulimia gaixoen % 2 inguruan zenbatzen dena (Toro y cols., 1995; Instituto Nacional de Salud, 1995; López y cols., 1999). Gure ingurunean elikadura trastornoen eraginaren benetako goeraren gaineko nolabaiteko polemika dago, baina inork ez du ukaten arazo horien urgazpen eskaria gehitu denik, sarritan datu epidemiologiko fidagarriak ia ez dagoen arren. Garbi dago elikadura trastornoen urgazpenaren eskaria igo egin dela gure artean azkeneko urteotan, baina ez da ziurra horrek halako gaixotasunak gehitu direnik esan nahi duenik.

Zenbakiek arazoa larria dela adierazi arren, eta azken garaian islatutako gizarte alarmari garrantzitsu irizita ere, patologia hauek artatzeko berariazko dispositiborik garatzea komeni den inguruko zalantzak hor daude, zeren, zenbait eremutan, kasuen erregistroak izanik, ez baitute elikadura patologia horien goera nabarmenik antzeman, eta horrek haur eta gazteen buru osasunaren urgazpena modu orokorrean garatzearen alde egingo luke (Menéndez y Pedreira, 1999). Ez dago, beraz, berariazko baliabide eta egitarauen beharrezko adostasunik oraindik. Alabaina, gizartearen presioaren

eta komunikabideek sortzen duten iritziaren ondorioz, leku batzuetan zentro berriak sortzen ari dira, horrek sare paraleloak finka daitezten dakarren arriskuarekin.

Ez dagokigu guri elikadura trastornoei buru osasunaren trastornoen aldean eman behar zaien garrantziaren inguruan eztabaidatzen sartzeari, osasun baliabideen banaketa eta antolakuntzaren aldetik. Baina garbi dago gaixotasun horiek pertsona hauen eta beren familien bizitzan kalitatean izaten ari diren eragina (eskizofrenia patologien parekoa izan daitezkeen eragin fisiko eta emozionala), kroniko bihurtzera jotzen dutela eta dauden datuak kontuan izanik, honakoak behar direla:

- Eskari berri hauek planteatzen dituzten osasun arazoei erantzun egokia ematea, osasun planetan ezarritako lehenetsuen artean sartzeari, eta oraingo zentro, ekipo eta terapien ebaluazioa egitea.
  - Berariazko urgazpen programak sortu eta mantentzea, eskueran egon daitezkeen eta finantzaketa publikoak, elikadura trastornoen ondorioz bai kasu berrien bai aurretiaz zeuden tratamendu eskaintzak utzita zeudenen eskaria gehitzearen arabera.
  - Behar diren baliabideak biztanleriari egokitzea ahalbidetuko duen azterlan epidemiologiko baten bidez errealitatea jorratzea. Bulimia eta libratze jokabideko koadroak dituzten emakumeen aldetik dator demandarik handia, nabarmen gainera.
  - Berariazko programetako ekipoek oinarritzko prebentzio eta antzemate eta esku hartze goiztiarreko programen alde egitea, gaixotasuna igartzeko eta tratamendua eskatzeko garaian ikusten den atzerapen handia gainditzeko laguntzeko.
  - Zaintzaile taldea ondo prestatu eta informatuta edukitzea, erraz sor daitezkeen eta egoerak eta bizimodua zailago egin dezaketen errefusatze erreakzioak arintzen saiatzeko. Erakunde gutxi dira behar bezain sarrera luzeak mantentzeko gai, eta oso gutxi dira halako barneratzeak erregimen pribatuan dakartzaten gatuak jasan litzaketen familiak.
- **Autismoak** jotako pertsonen dagokienez –1000 inguru Euskal Autonomia Erkidegoan–, beren senide eta elkarteekin izandako elkarriketa eta harremanen arabera, gutxienez ondoko arazo eta beharrezko berariazko hauek aipa genitzake:
    - Urgazpen goiztiarreko programen beharra, ukitutako pertsonen edo autismoa edo garapenaren trastorno orokorra pairatzeko arriskua duten pertsonen ondo arduratu ahal izateko, artape eta esku hartze goiztiarrak funtsezkoak dira (Otiak 3 urtera).
    - Autismoak jotako pertsonen artean, askok, adinaren arabera, eskolatzea amaitu du. Eskolatze luzatutako programetarako jarritako mugek, batetik eta, gizarte eta lan baliabideen eskaintza urriak, bestetik, gazte hauek, eskolatzea amaitu ondoren, askotan lanik edo okupaziorik gabe gera daitezten eragiten dute, horrek, bai beraiarentzat bai beren familientzat, ez aurrera ez atzera, egonkortasunik gabe gera daitezten dakarren arriskuarekin.
    - Eguneko zentroak, okupaziozko zentroak eta enpleguko zentro bereziak behar dira, pertsona bakoitzaren ezaugarrietara ondoen doitzen diren gizarte eta lan modalitateak eskaini eta lan merkatu arruntera sartzeari erraz diezaietenak.
    - Familiartekoei eta profesionalak, sarritan, ez dute egonkortasunik ezeko egoeran dauden halako pertsonak artatzeko behar den baliabiderik izaten. Baliabide materialen eta giza baliabideen zuzkidurak krisietako urgazpen unitateak sortzea eskatzen du, eguneko ospitaleen beharra eta epe ertain eta luzeko plazak gehitu behar direla ahaztu barik.
    - Gaixoaren familia bizi den tokitik gertu dauden egoitza baliabideak ere behar dira (egoitza txikiak, tutoretza osoaren edo erdiaren pean dauden pisuak...), beste Erkidego batzuetan edo etxetik urrun dauden egoitzetara eramaten dituztenean gertatzen diren deserrotze eta urruntzeak saihesteko.
    - Elkarteek ekimenez, sarritan erakundeek laguntzarekin, gozamen eta astialdirako baliabideak sortuz joan dira, gizarte, osasun urgazpen eta hezkuntza alorretako jardueren osagarri. Egun dauden erkidego baliabideetarako irismena sustatu, baliabideok hedatu eta sendotu eta familiek arnasa eta atseden hartu ahal izan dezaten programak garatu behar direla dirudi.
  - Gazteen buru osasuneko arazo asko **drogen gehiegizko kontsumoarekin** lotuta daude. Hemen ez dugu berariazko arazo horiek aztertzeko asmorik baina adi diezaiogun merezi duten lau gai gutxienez bai aipatuko ditugu:
    - Legezko eta legez kanpoko drogen kontsumoaren bilakaeraren eta gazteengan dituzten ondorioen gaineko zenbait datu bereziki kezagarriak dira. Hartara, esaterako, kontsumo jakin batzuetan

gero eta gazteago hasten direla, edo osasunerako bereziki arriskutsuak diren hainbat praktika nola hedatzen ari diren. Ikuspegi horretatik, prebentzio, prestakuntza eta informazio programen garrantzia azpimarratzea komeni da.

- Zenbait droga "legez kanpokotzat" hartzeak edozein osasun kontroletatik baztertzen ditu. Agerikoak dira horrek kontsumitzaile horien buruko osasunari dakartzkion arriskuak, baita nerabe eta gazte askorentzat klandestinitate hori erakargarria dela ere. Prebentzioaz eta prestakuntzaz gain, aurreko atalean hitz egin dugu horien garrantziaz, zenbait programa esperimentalek, hala nola, substantziak kontsumitzen den tokietan bertan aztertu eta informatzeak, zenbait kontraesan gainditzen dituzte eta arrisku larriak saihesteko lagungarriak izan daitezke.
- Sarritan, droga mendetasuneko arazo larriak dituzten pertsonak urgatzi eta sendatzera bideratzen diren zerbitzu edo baliabideek, pertsona horiek onartu edo errefusatzeko, hemen jokoan dauden irizpideak erabiltzen dituzte: adingabe-adinez nagusi izatea, beren borondatez ala behartuta joatea, buru osasunez nola dauden... Baliabiderik ez izatea edo baliabide mugatuak izatea nabarmena d, antza, adingabeen edo buruko osasun arazoak dituzten pertsonengan. Horrek irizpide jakin batzuk berraztertzea animatu behar du.
- Toki askotan, droga kontsumoei lotutako arazo larriak dituzten pertsonak artatzeak urgazpen berariazko eta bereiztuko sarea sortzera eraman du, eta gizarte ekimenez sortuz joan diren eta, erakundeen erantzunaz kanpo, elkarte eta kolektibo desberdinek kudeatzen dituzten hainbat baliabide egon dadin ere bai. Halako kasuetan alde bakoitzaren betekizuna eta erantzukizuna argitu behar direla dirudi. Nolanahi ere, Administrazioak zerbitzu guztiak ondo ari daitezen eta bertan urgatzitako pertsonak errespetatu daitezen zaindu behar du.

\* \* \*

Hartara, bada, laburbilduz eta azaldutakoaren ildotik, haur eta gazteen buru osasunaren urgazpena hobetuko bada, gure iritziz behintzat, **beste ezeren aurretik** honako gaietara aitu beharko zaie:

- Bitarteko egiturak nahikoak diren, gutxiegi diren ala egon badauden ala ez.
- Dauden baliabideak nola banatzen diren lurraldean (zentralizazioa-deszentralizazioa) eta ea hirigune handietan bizi ez direnen edo biztanleriaren alor jakin batzuen eskueran dauden ala ez.
- Egun dauden psikologo, psikiatra eta espezialisten kopurua, OMSk Europarako gomendatutako ratioen arabera.
- Ospitaleetan haur eta gazteen psikiatria sail edo zerbitzu nahikorik dagoen, adingabe eta adinez heldu gaixoak elkarren ondoan luzaro bizi behar izan ez daitezen ahalbidetzeko.
- Zaintzen jarraipena, beharrezko ekipoa, bitarteko baliabide, programa terapeutikoa intentsibo eta alorren artekoak sortuz.
- Baliabideen eta esku hartze desberdinen plangintza, garapen, koordinaketa eta ebaluaziorako gizarte-hezkuntza-osasun urgazpeneko batzordeak eratzea.
- Oraingo baliabide eta zerbitzuen ebaluazioa eta, ondorioz, irizpideak berrikustea.
- Buru osasuneko sistema eta programen lehenetsien artean, bereziki ahulak edo behartsuak diren kolektibo batzuk beren beregi kontuan hartzea...

### 3. ZAHARTZEA ETA BURU OSASUNA

Lehenago ere aipatu ditugu pertsonen bizitza eta osasun baldintzetan oso eragin handia daukaten zenbait gizarte alderdi. Besteak beste, bizitza itxaropenaren luzapena, familia egituraren eta belaunaldien arteko harremanetako aldaketak, zaintzaileen soslaia bilakaera edo zahartzearen gizarte balorazioaren jaitziera.

XX. mendearen bigarren erdian, pertsonen batez besteko bizitza itxaropena hogeitau urte luzatu da, gure ingurunean, eta hori gizartearen lorpen handi modura hartu behar dugu, ez soilik kezkatzeko arrazoi edo beharrez eta gizarte zama berrien iturri modura. Kontu da orain arte inoiz ez dela hainbeste adineko pertsona izan eta, datu guztien arabera, hurrengo hamarkadetan gehituz joango dira.

Egia esan, adineko pertsonak multzo denetarikoa eta heterogeneoa osatzen dute, non ohiturak, baloreak, diru eta osasun baldintzak desberdinak, pertsonalak eta besterenganaezinak diren. Elementu erkideak aurki dakizkien arren, zaharrak ezin dira gizarte talde homogeneo modura hartu. Adineko pertsona beste egoera edo baldintza daude.

Hartara, egia da adineko pertsona gaixoak daudela, fisikoki eta psikikoki oso jota, diru premia handiaz, bakar-bakarrik edo buruko osasun arazo larriez. Horiei behar den gizarte eta erakunde arreta guztia jarri beharko zaie. Baina asko dira, halaber, gaixorik ez daudenak, diruz nahikoa nasai bizi direnak, bakardade arazorik ez dutenak edo beren bizitzaren leinari tinko eusteko gai direnak.

Baina zahartzea, oro har, osasuna hondatuz joatearekin lotuta doa, sarritan kroniko bihurtu eta heriotzarekin soilik amaizten dena.

Hara zer zioen Lain Entralgok: *«Gaixotasun kronikoa iraupenarengatik pairatzen duenaren eguneroko bizimoduan, osagai saihestezin bilakateraino, gaixoak hura bizimodua antolatu eta egiteko ezinbestean kontuan hartzeraino txertatzen denari deritzogu.»*

XX. mendearen bigarren erdian, elikaduran, higienean, botika eta tratamendu medikoetan, lehenago antzematerik ez zegoen eta berandu diagnostikatzen ziren gaixotasunen igartze goiztiarrean izandako hobekuntzei esker, teknologiaren aurrerapenarekin, bizitza igurikapenak luzatzea lortu da. Biztanleak zaharrago izatera heltzea, trastorno larri ugari desagertzea lortu da baina, era berean, gaixotasun kronikoak dituztenak, gizarte eta osasun zerbitzuen urgazpen handiagoa eta luzeagoa eskatzen dutenak nabarmen gehi daitezten, eta oraindik erantzun egokirik eman ezin zaien arazo berriak ager daitezten ere ekarri du.

Askotan, zahartzeari lotutako gaixotasun kronikoa edo hondamen fisiko zein psikikoa gizartean arazo mediko modura barik, gizarte eta ekonomia arazo modura ikusten da, gizartearen aldaketei, Estatuak herritarren arazoan eta, zehazki, osasun urgazpeneko arazoan konponbidean duen eginkizunari lotuta dagoena.

Testuinguru honetan kokatu behar ditugu gure gogoetak. Ez gara hemen, arestiko kapituluan egin dugun bezala, adinari lotutako gaixotasun honi edo hari (esaterako, Alzheimerra) beren beregi lotutako arazoak aztertzeraz sartuko, baizik eta giltzarri deritzegun eta gure eguneroko lanean behin eta berriro planteatzen zaizkigun hiru gai azpimarratzea mugatuko gara:

#### – **Eskubideen murrizketa eta ezgaitzea**

3. adinari lotutako gure jardunaldi baten goiburuak, gogora ekartzen zuenez, “Eskubideak ez dira adinarekin iraugitzen”. Alabaina, batzutan, adineko pertsona baten buruko gaixotasunak bere eskubideen murrizketa ekartzen du.

Gure lege antolamenduak epaileari ematen dio, behar duen aholkularitzarekin, ezgaitasuna noiz dagoen eta zein esparrutara hedatu behar den erabakitzeke ahalmena. Termikoaren konnotazioa negatiboa izan arren (“ezgaitzea”), inor ezgaitzat jotzen duen prozedura judiziala buruko gaixotasunik duten pertsonen eskubideen berme modura eratzen da, ukitutako pertsonaren familiaz eta egoitzaz kanpoko erakundea baita, eta haren interesaren alde erabaki behar baitu.

Ikuspegi horretatik, ezgaitzea erabakitzeke prozesuak arindu behar dira eta, horretarako, epaitegi eta auzitegiek pertsona eta materialezko baliabide espezializatu gehiagoz hornitu behar dute, buruko gaixoen babes juridikoa hobeto bermatzeko.

Bestalde, prozesuzko arauak eta Kode Zibilarenak berarenak aplikatuz, ezin dugu bistatik galdu buruko gaixoen eskubideak dauzkatela eta ezgaitzeak lortu nahi den babeserako estu-estuan behar diren eskubideei soilik eragin behar dietela.

Berme berdinak hartu behar dira segurtasunaren eta askatasunaren, arriskuak hartzearen eta askatasuna murriztearen arteko oreka bilatzea beharrezko bihurtzen den beste egoera batzuetan, hala nola, kasu jakin batzuetako borondatez kontrako barnerapenetan edo anbulatorioko tratamenduetan. Ahalbide horretaz eztabaidatzen ari gara gu egun, hain zuzen.

#### – **Tutoretza**

Ezgaitzearen ondorio zuzena tutoretza da, sarritan senitartekoren batek izaten duena. Alabaina, buruko gaixoak diren eta ezgaitzea beharrezkoa duten senitartekorik eta beren tutoretza izan lezakeen beste inor ez duten pertsona nahikoa dago, defentsarik gabeko egoeran eta, horrek, pertsona horien ongizatea, segurtasuna eta babesza zainduko duten nortasun juridikoak eratu behar izatea dakar. Tutoretzako fundazio bat omen litzateke modurik egokiena eta, horregatik, halakorik sortzea sustatu beharko litzateke.

Itxura guztien arabera, halako egoerak gehituz joango dira, eta kasu guztietan ez dago beharrian horiei erantzun egokia emateko nahikoa inplikazio erakundeen aldetik (EAEko lurralde bakoitzeko tutoretza fundazioen egoera ikusteko, jo 1.1.9. atala, 117tik 124 orrialdera, Eusko Legebiltzar-rrarentzako 2002ko ohizko txostenean).

Senitartekorik ez duten adineko ezgaituen egoera juridikoa hobetu behar da. Izatezko zaintzaileen eta tutoretzaren egoera eta izaera juridikoa zein diren hobeto zehartu behar da, familiarteko eta gizarte tutoretzako erakundeak sustatu behar dira, ezarritako baldintza eta berme guztiak betetzen badira



betiere, ezgaituaren senitarteko-tutorea hiltzekotan familiak subsidiarioki tutoretza judizialera jo dezan bultzatu behar da.

– **Egoitzetan dauden buruko gaixoen eskubideak**

Adineko pertsonentzako egoitzen oraingo sareak dituen mugak ondo ezagutzen ditugu denok eta, sarritan, gure arreta eta gomendioen xede izan dira. Ez gara hemen berriro horiek errepikatzen hasiko, baina garbi dago zenbateko eragina izan lezaketen buruko gaixoak diren adineko pertsonen urgazpenerako ahalbideetan eta bizitza baldintzetan.

Bai azpimarratuko dugu, ordea, pertsona horiek dituzten eskubideak bermatu behar direla, bereziki ahulak direlako, bai beren buru osasunaren egoerarengatik bai beren erakunde egoerarengatik.

Araudi esparru argia eta pertsona horien eskubideak bermatzeko behar diren bitartekoak eduki behar direla azpimarratu behar dugu: egoitzetan dauden pertsonen eskubideen edukia argi eta garbi definituko duten arauak, profesionalen jarduera araupetu behar duten ildoak finka ditzatenak, nolana ere, izan behar dituzten mugak ezar ditzatenak, eskubideak, betebeharrak, prozedurak, erabaki guneak, partaidetza eta enrekamazio bideak zehaztuko dituzten arautegiak, ohitura onen eskuliburuak, ebaluazio eta kontrolerako bitartekoak...

Gero eta beharrezkoagoa da zaharren eskubideen gutuna araupetzea, zaharrek 3. adinekoentzako zentro eta establezimenduen erabiltzaile gisa dituzten eskubideak (pribazitatea, isilekotasuna, duintasuna, autonomia, beren eskubideen jakintza eta defentsa...) araupetzea –zenbait Erkidegotan jada egin den bezala-, edo laguntzako zerbitzueterako irismenean berdintasun printzipioa estu-estuan errespetatuko dela bermatuko duten irizpide objektibo zorrotzak ezartzea.

Oraindik egin ez duten tokietan, araudizko antolaketa horiei erabakitasunez ekiteko une egokia dela dirudi. Alabaina, buruko gaixotasunik duten pertsonen kasuan, ez sarritan, arau eta bitartekorik zehatzenak ere, hala nola, barne erregimeneko arautegiak edo ohitura onen eskuliburuak, ez dira nahikoak izaten, eskubideak murriztea dakarten heinean, erabakiaren arduradunaren aldetik epai etikoa eskatzen duten erabakiak hartu behar direnean. Litekeena da halako egoeretan, bai ukitutako pertsonentzat bai profesionalentzat beraiantzat, etikan aituak diren pertsonen batzordeak, konponbiderik bidezkoenak iradokitzeke gai direnak egon daitezkeen berme elementu garrantzitsua izatea.

\* \* \*

Eskubideak ez dira adinarekin iraungitzen, ez eta buruko gaixotasunarekin desagertzen ere. Pertsonaren duintasunak, giza dimentsioan bizitza eskubidearekin ezinbestean lotuta daudelako pertsonak bere dituen eskubideen muin edo hazi, botere publikoak behar diren baliabideak antolatzera eta zerbitzuen eta urgazpenaren kalitatea bermatzera behartzen ditu. Buruko gaixoak diren adineko pertsonen bizitza kalitatea hobetzea erakundeen ekintza ororen lehentasuneko helburu izan behar da eta, baita, ondorioz, gure jarduerarena ere.

#### 4. **ZENBAIT PUNTU ERKIDE ETA AZTARNA GURE JARDUERARAKO**

Aurreko ataletan haur eta gazteen zein zaharren urgazpenari ukitzen dioten berariazko hainbat kontu nabarmendu ditugu. Oraingoan gure erakunde jarduera bideratzeko aztarna izan daitezkeen hainbat elementu erkide aipatuko ditugu. Buruko osasunean gai giltzarriak dira, bi kolektiboei ukitzen diete, beraienak eskusiboki ez diren arren. Hemen zazpi azpimarratuko ditugu, duten garrantziarengatik eta gure betekizunekin lotura zuzena dutelako, eta gutxienez aipatuko ditugu, sakontzera sartu gabe:

1) **Gizarte eta osasun urgazpeneko eremua**

Jatorriz egitura anbigua zen, eta ospitalelik osasunaren urgazpeneko oinarritzko mailaren arteko erdibidean zegoen gizarte eta osasun urgazpena kontzeptuzko eta praktikazko ikuspegietan bilakatuz joan da, helburua sendatzea barik, pertsonak autonomia sustatuz, hondatzeari aurrea hartuz eta mendetasuna konpentsatuz, (Europako Kontseiluaren arabera, mendetasuna eguneroko bizitzako jarduerak egiteko urgazpen edota laguntzarik behar izatea dela ulertuz) zaintzea deneko egoera ugarietara aplikatu dakizkiekeen laguntza alternatiba eta kudeaketa bitartekoekin. Horixe da, hain zuzen, buruko gaixoen egoera, eta are argiago dago, ahal bada, aztertutako bi kolektiboetan.

Hala ere, sarritan, gizarte eta osasun urgazpenak behar dutenei erabateko arreta jartzea oztopatzen duen distantzia ipintzen du, hala beharizanen gizarte eta osasun izaerak oso argi dauden egoeretan, nola bi sistemen mugetan zehaztu gabe dauden egoerak direnean, biak tartean ukituta gerta daitekeelarik.

Asko dira gizarte eta osasun urgazpenaren alderdiak bat egiten duteneko egoerak: gizarte eta osasun eremua da, ukitutako pertsona horien arazoei osotasunez heltzeko beharrezko topaketa eremua. Batzuetan, osasun eta gizarte sistemen banaketa ez da irizpide tekniko eta urgazpenezkoetan oinarritzen, ez dira koordinaketa funtzional egonkorreko erakunderik izaten eta badirudi administrazioen eta aurrekontuen interesen mende egoten dela. Osasun urgazpena erakunde baten eskumena da, gizarte urgazpena beste baten eskuetan dagoen bitartean, bi sistemak koordinatu edo artikulatzeko mekanismorik gabe. Errealitate horrek bereizketa egitea, baita aurrez aurre jartzea ere eragin du, sistema bakoitzak besteari aurrekontua aurrezteko dakarkiola pentsaraziz. Koordinaketarik ezak eta, ondorioz, aurrez aurre jartzeak ondorio larriak izaten ditu: urgazpeneko gutxitasunak, arretan hutsuneekin, sistema batek ere ez duelako erantzukizunik hartzen, zerbitzuak desorekatuta garatzeko arriskua dagoelako, kalitate eta errendimenduan huts egiten delako, prestatuta ez daudeneko baliabide, betekizun eta eginkizunen arduraren hartu behar delako...

Zenbait tokitan bi sistemak gerturatzeko zubiak ezarri doaz, harremanen ugaritasunaren, teknikari eta politikarien arduraren handiagotzearen, eta ukitutakoen eskarien ondorioz, edo lankidetzarako itunak ere sinatu dira. Oraindik bide luzea dago egiteko, gizarte eta osasun urgazpenerako eremu bakarra sortzera iristeko, elkarren aurkako jarrerak gaituz eta, horien ordez, elkarren osagarritasunezkoak hartuz.

## 2) **Bitarteko egiturak eta erkidegoko baliabideak**

Profesional guztiak bitarteko egiturak ospitale psikiatrikoan eta egonaldi laburreko ospitaleratze unitateetan dauden gaixoak erakundeengandik askatzeko prozesuak garatzeko, eta buruko osasun zentroetan egindako esku hartzeak osatzeko ezinbesteko baliabideetat hartzen dituzte (Estatuko Arartekoa, 1992). Hala ere, aho bateko adostasun hori ez da osasun baliabideen plangintzara hedatzen, erakunde itxiak baino itxurazkoagoak eta merkeagoak direla ulertu arren, eta beharizan hori, batzuetan, gizarte zerbitzuek edo boluntarioen zein ukitutakoen familien laguntza duten elkarte eta fundazioek betetzen dute, ez osorik ordea. Egunko zentroak eta ospitaleak, tailerrak, erkidego terapeutikoak, pisu babestuek, okupaziozko zentroak, klubak, tailerrak, eta abar, halakoek erakunde itxietako urgazpena gainditzeko aukera emango lukete. Baina aipatu dugun gizarte eta osasun zerbitzuen arteko disoziazioak buruko gaixo kronikoentzat baliabide horiek zuzkitzea zaildu du, historikoki.

Honek, sarritan, arazo ekonomiko eta administratiboak sortzen ditu, baliabide horiek sortu eta funtzionatzeko trabak ekartzen dituztenak. Bestalde, sarritan, ez dira bat etortzen behar diren bitarteko egituren kopurua zehazteko irizpideetan eta, ondorioz, ez da erraza izaten kopuruz gutxiegi edo kalitatez eskasak direla agerian jartzea ere, baliabideen plangintza egitean ez baitira beharizan horiek kontuan hartzen.

Buruko nahaste larri eta kronikoak pairatzen dituztenek gizarte edo gizarte eta osasun mailako babesa eta laguntzak behar izaten dituzte, gainerako herritarren dituzten beharrezkoak dituztelako baino gehiago, beren ezgaitasunak beren kabuz asetzea zailtzen dielako. Bitarteko dispositiboak buruko osasun zentroentzako baliabide osagarria dira, eusteko ahalmenean eta erakundeengandik askatzeko esku hartzeak dinamizatze orduan giltzarri.

## 3) **Familiaren sostengua**

Buru osasuna zaintzeko zerbitzuek aldaketak trastornorik larrienen tradiziozko erakunde bidezko tratamendua ere aldarazi du, ospitaleetatik erkidegora eramanez eta, hartara, familia bihurtu da zerbitzuen prestaziorako iturri nagusi, eta etxea urgazpen eta zaintzarako oinarritzeko zentro (Fadden et al., 1987). Baliabiderik bat ere edo gutxiegi dagoenean, sarri gertatzen da –edo “normala” da, batzuek diotenez–, familia zuzena bera izatea buruko gaixoen arduraren hartzen duena. Izan ere, gizarte aldatu eta familiaren egitura klasikoak bilakatu diren arren, oraindik pertsona horietako asko senideekin bizi dira.

Gaixotasun psikiatrikorik daukan senide adingabe zein adinekoa izatea ez da norberak aukeratzeko duen ezer, bizitzako gorabehera bat baizik, eta komeniko litzateke horrek pertsona horiek zaintzeko arduraren hartzen duten familiei dakarkien kostea kontuan hartzea. Egia esan, iraupen luzeko zaintzen gaineko politikarik gehienek etxeko egonaldia jartzen duten lortu beharreko helburu modura, baina hori bezain egia da sarritan ez direla horretarako baldintza egokiak izaten. Ingurunean zaindeak, batzuetan, zainzen duena ingurunea bera, familia, alegia, dela dakar, edo argiagu azaltzeko, gehienetan familiako emakume batek zaintzea.

Gehiago aditu behar zaie etxean buruko gaixo bat zainzten dutenen laguntza beharrezkoari. Estatuak osasun eta urgazpen medikoaren eskubideak bermatzen baditu, zaintza horiek familiari ekartzen dioten zamak dakarren ahultze ekonomiko eta soziologikoa ere konpentsatzen saiatu behar du. *Zama* hitza hautatu badugu, gaixo psikiatrikoen senideek, haien arduraren hartzearen ondorioz, beren bizitzan izaten dituzten arazo, zailtasun eta oztopenen presentzia adierazteko izan da (Otero, 1993).

Familiaren jarduerak erantzun terapeutiko, birgaitzaile eta prebentibo egokia izan daiteke eta, gainera, eskueran egon eta egingarria izaten da askotan. Horregatik, familiaren eta familiartekoen babesa baliabide nagusia da buru osasunean trastorno larriak pairatzen dituzten hainbat pertsonarentzat, eta gaixoaren autonomia gaitasunak garatzearekin batera joan behar da.

Buruko trastorno kronikoa daukaten pertsonen familiek gehien errebendikatzen dituzten beharrak lanbide heziketako zentro, lanerako gaitze, enplegu babestuko eta arrunteko zentro, okupaziozko zentro, modalitate desberdinetako egoitza eta egonaldietarako baliabideetara bideratu ohi dira eta, beti, bazterkeriari eta laidoztatzeari aurre egiteko gizarte sentsibilizatza. Bigarren plano apal batean soilik ageri ohi dira familia berari zuzenean laguntzeko eskariak. Hala ere, kasu askotan familiak zerbitzuen prestazioen iturri nagusi eta etxeak urgazpen eta zaintzarako eremu nagusi izaten jarraitzen dutela kontuan izanik, horrek dakarren laguntzako zama ikaragarri eta itogarria ikusita, atsedena hartu eta, ondoren, zaintzari berrekiteko aukera eman dezaten arnas eta atsedenaldi programak behar direla berretsiko dugu. Egun, buruko gaixotasunik duten pertsonen familiei ematen zaizen laguntza eta babesa defizitarioa da, argi eta garbi. Gaixo eta familiei etxean laguntzeak, gaur ez dago ia halako laguntzarik, askoz ere baldintza hobetan zaintzea erraztuko luke, ezbairik gabe.

#### 4) **Administrazioaren eginkizuna eta elkarteen mundua**

Zorionez, asko dira buruko gaixoen senideen edo gaixo horiei laguntzeko elkarreak eta, batez ere, ugariak elkarre horietan sartuta dauden pertsonak. auto-laguntzako elkarreak ez hainbeste.

Batzuek, beren beregi adinari lotutako buruko gaixotasunetara bideratuta (elikaduraren trastornoak, Alzheimer...), Helburuak gizarteak gaixotasuna edo egoera hobeto ezagutuz dezan ingurukoak izan ohi dira, bizi kalitatea hobetzeko elkarre beharrez, erakundeengandiko urgazpenik ezak edo mugak gaitzetzeko partaidetza erantzeko... Elkarreetan biltzea, etxea bezala, izan ere, buruko gaixoei eta beren familiei laguntzeko bidea ere bada eta, hartara, indartu beharko litzateke.

Hala ere, gizartearen ekimenez ez dute Administrazioaren erantzukizunik estali edo ordezkatu behar. Zerbitzu edo baliabide publikoak sortzean, zein elkarreengandik beraiengandik sortutako edo beraiek kudeatutako baliabideen sostengu eta kontrollean.

Horren ildotik, sarritan, ikusitako errealitatea nabarmen hobe daiteke: baliabide gehiago edo gutxiagoko kolektibo edo elkarreak, historia, ekimena, lurraldea edo bakoitzaren presio ahalmena bezalako faktoreen arabera; irizpide argi edo homogeneoei erantzuten ez dieten diru laguntzak; berme gisa erabil litekeen oinarriko araudirik eta kontrolerako mekanismorik eza; programa zein zerbitzuen jarraitasuna bermatzeko zailtasunak...

Baliabide eta zerbitzuak sarritan elkarre beraien mende daudela kontuan izanik (enplegu babestuko zentroak, okupaziozko zentroak, eguneko zentroak...), eta beste gogoeta batzuk alboratuta, garbi dago esandako gai horiek buruko gaixo batek, izatez, bere bizi kalitatean eragin zuzena izango duen zerbitzu batera iristeko aukera handiago edo txikiagoak izan ditzan baldintzatzen dutela.

#### 5) **Eskubideen gutuna eta prestazioen zehaztapena**

Arestian aipatutako arazo asko pertsona horien oinarriko eskubideak, beren egoerarengatik eskubidez dagozkien prestazioak zehazten dituen arau, gutun, plan edo programarik ez egoteagatik datoz.

Hartara, zerbitzuak eta baliabideak sortu eta jartzeko orduan, horixe baita gure ponentziaren gai nagusia, administrazioek hautatzeko aukera handiak dauzkate. Autonomia mailako legeek zerbitzuak sortzeaz eta prestaziozko jarduerak sustatzeaz mintzo dira, baina administrazio bakoitzari sortu edo ezartzea dagozkion prestazio zehatzak mugatzeko orduan ez dute inolako zehaztasunik ematen, eta beraientzat konpromisozkoa den zein herritarrek, gure kasuan, buruko gaixoei edo beren senideek, beraiei epaitegien bidetik erreklamatzeko baliabideak ezartzen ez dieten formulatara jotzen dute.

Legeak egiteko modu honen salbuespen bakarra, gizarte zerbitzuak sortu eta mantentzeko eskubide subjektiboak ezartzearen ildotik, Tokiko Araubideko Oinarriak araupezen dituen Legean aurkitzen dugu, zeinek 18.1.g artikuluan herritarrei derrigorrezko zerbitzuak jartzea eskatzeko administrazioarekiko auzi bideko jurisdikziora jotzeko aukera ematen dien (gizarte zerbitzuen prestazioa 20.000 biztanletik gorako udalerrietan). Baina kasu honetan ere epaileen baiezko epai batek ere ez dio demanda jarri duen pertsonari prestaziorik bermatzen, harik eta, zerbitzua jarri ondoren, eskatu duen herritarren eta zerbitzua ematen duen udalerraren arteko harremanak arautegien bidez finka daitezten arte. Hara, bada, behin zentro, zerbitzu edo prestazio teknikoak jarri eta funtzionatzen ari direnean, orduan izan lezake ukitutako pertsonak horietara heldu, horiek erabili edo gozatzeko eskubide subjektiborik, zerbitzu bakoitza araupezen duten arautegiek hala xedatzen duten neurrian. Beraz, zenbat eta gai gehiago araupeuta aurkitu dauden zerbitzu eta prestazioetara iristeko arauketan, hainbat eta sendoagoa izango da pertsona hauen zein beren senideen

jarrera juridikoa, prestazio jakin baten zerbitzuan onartu eta erabiltzeko edo onuraduna izateko aukera eskatzeko ondoretarako.

Buruko gaixotasunik daukaten pertsonen eskubideak arautegien bidez bermatzea, eskubidez dagozkien prestazioak zehaztea, oraindik iristeko dauzkagun lorpen garrantzitsuetakoen artean daude.

#### 6) **Baliabideak nahikoak diren ala ez diren adierazleak**

Guri, oro har, errealitatearen alderdi defizitarioak azpimarratzea dagokigu. Horrek baloratzea, neurtzea, beharrianak eta baliabideak alderatzea dakar, eta ez da beti erraza izatean eginkizun horretarako balioko digun adierazlerik edukitzea.

Eskuartearen daukagun gaian, esan berri dugunez, ez da pertsona hauek eskubidez lituzketen prestazioen gaineko zehaztasun handirik egon ohi, ez eta biztanleriak dituen beharrianen azterlan edo zenbakizko adierazpenik ere. Horien erazan, zenbatespen, finkatutako irizpide edo autoritatea ezagutzen zaien OMS bezalako erakundeen gomendioetara, lurraldeen edo Erkidegoen arteko konparaketetara, jo behar da, dauden datuen arabera. Eztatidarako gai izan daitezkeen formulak denak.

Zerbitzu edo baliabideen gaineko datuak alderatzeko aukera ematen duten zenbakizko adierazleez mintzo gara. Esaterako, eguneko zentroen kopuruaz, ospitale psikiatrikoetako egonaldi laburretarako unitateenaz, ospitale orokorretako psikiatria unitateenaz, ospitalean X biztanleko dauden ohe psikiatrikoen kopuruaz, X biztanleko dauden ospitaleetako egonaldi psikiatrikoenaz, X biztanleko dauden konsulta kopuruaz, X adingabeko dauden haur psikiatrenaz; 65 urtetik gorako X biztanleko dauden egoitzetako plazen kopuruaz... Giza baliabide, erkidegoko baliabide, ospitale, egoitza eta abarren gaineko adierazleez, alegia. Oro har, arrestian aipatutakoen artean erabiltzen den irizpidea dena delarik, baliabideak gutxiegi direla garbi ikusten da, lurraldeka oso desberdin banatuta daudela, sarea bete-beteta dagoela eta zenbait oinarriko zerbitzu gainezka daudela (itxaron zerrendak, urgazpen denbora laburrak, familiako eta profesionalen kezak...).

*(Buruko gaitzaren trataera ospitaletik kanpo* goiburuko gure txostenean, hemen aipatutako adierazlerik gehienen datuak jasotzen dira, autonomia erkidegoen artean alderatzen direnak, taula desberdinetan. Ikusi, adibide modura, 9. eta 10. taulak).

#### 7) **Ebaluazioaren adierazleak**

Sevak dioen bezala (1993), buru osasuneko ebaluazioa programa eta zerbitzuen gaineko berri soilik ematen duten osasun urgazpeneko adierazleen definizio hutsetik bereiztu behar da. Osasun urgazpeneko ikerketak eta ebaluazioak eragingarritasuna iritsi nahi dituzten lorpenak iristen dituzten heinean neurtzen saiatu behar dute. Horrek, ordea, zailtasun handiak aurkitzen ditu, bata ebaluazioa edozein zerbitzutan beharrezkotzat jotzeko dagoen sentsibilitatea oso urria dela.

Buruko gaixoen urgazpenaren kasuan, ez dago laguntzazko datu eta jokabideak modu egokian erregistratzeko gogo handirik. Hala ere, asko dira buruko osasun zerbitzuetan ebaluazio prozesuetarako behar diren baldintzak adierazi dituzten autoreak. Antolakuntzazko zenbait parametro aipatu ohi dira: ikertzeko gaitasuna, administrazio sostengua, antolakuntzazko egitura, ingurumen testuingurua eta berrikuntzarako prestutasuna... Baina behinena, funtsezkoena, gutxienez biztanleriaren soslai soziodemografikoaren, biztanleriaren eskarien hartzailen zerbitzuen funtzionamenduaren, urgazpeneko dispositibo desberdinen finantzaketaren eta jardueraren, profesionalen, senitartekoen eta erabiltzaileen balorazioaren eta abarren gaineko informazioa eman lezakeen erregistro sistema ona edukitzea izango da.

Zenbait tokian badira buruko osasunaren alorrean kalitaterako erabateko planak, epe jakin batean lortu beharreko helburuak finkatzen dituztenak. Halako planak egoteak zehaztapena eta konpromiso politikoa dakartza, eta ebaluaziorako bitarteko giltzarriak dira, ezbairik gabe, eta guri, erakundeen konpromisoak bete daitezten eta eskaintzen den zerbitzua kalitatezkoa izan dadin zaindu behar dugun erakunde izanik, egin behar dugun jarraipen lana bera ere errazten digutenak.

\* \* \*

Azkeneko urteotan buruko osasun arazoei emandako erantzunari aldaketa handiak egin zaizkio, neurri handian, "erakundeengandik askatzea" eta "erkidego urgazpenaren" aldeko apustua bezalako terminoen bidez laburbiltzen direnak. Baina erkidego urgazpena ez da "erkidegoak" ematen duen urgazpenaren sinonimo, "erkidegoan" ematen den urgazpenarena baizik. Eta urgazpenak, erkidegoak, erkidego mailako baliabide, dispositibo, programak behar ditu, eta zerbitzu prestuak, eskuerakoak, aniztuak eta biztanleria atal desberdinen beharrianetara egokituak behar ditu. OMSk duela gutxi azpimarratu duenez, "erkidego urgazpenerako desbideratze honek erkidegoan osasun arloko langileak eta birgaitzeko zerbitzuak egin daitezten eskatzen du,

baita krisi egoeretarako laguntza, etxe babestuak eta enplegu babestuak izatea ere". (Munduko osasunaren gaineko txostena, 2001. Deskripzio oharra.)

Buruko gaixoak ez dira, normalean, zerbitzu eskatzaile izaten, ez dute beren interesak defendatu eta garaiarazteko inolako presio talderik osatzen. Are gutxiago beren adin edo egoerarengatik mendetasun handia daukatenean, adingabeen eta oso zaharrak direnen kasuan bezala. Beraiek moldatzen dira dauden programa eta zerbitzuetara moldatzen dira, eta ez programak beren beharrianetara.

Horregatik, gureak bezala eskubideak bermatzeko dauden erakundeek, pertsona horien egoerari, beraientzat bideratutako baliabide eta zerbitzuei bereziki aditu behar diete, beren buruko arazoentzat ahalik eta urgazpenik onena izan dezaten duten eskubidea praktikan berma dadin zainduz.

## AIPATUTAKO BIBLIOGRAFIA

- ARARTEKOA, Eusko Legebiltzarrarentzako txostenak:
  - *Buruko gaitzaren trataera ospitaletik kanpo* (2000)
  - *EAEn egoitzez kanpo adinekoentzat dagoen laguntzari buruzko txosten berezia* (1996)
  - *2002ko ohizko txostena*
  - *Adin txikiko lege-hausleak* (1998)
  - *Pertsona ezgaituen lanerako aukerak EAEn* (2003)
  - *EAEko hezkuntza-premia bereziei emandako erantzuna* (2001)
  - *Adinekoen egoitzak EAEn* (1992-1993)
  - *Psikiatrikoak. Ospitale psikiatrikoetako buru-gaisoen egoera* (1992)
- Europako Kontseilua (1998): Ministro Kontseiluaren gomendioak 98-09-18.
- Defensor del Pueblo (Estatuko Arartekoa) (1992): *Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Publicaciones del Defensor del Pueblo, Madrid.
- Fadden, G.; Bebbington, P.; Kuipers, I. (1987): The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on patients family. *Br. J. Psychiatry* 150: 285-292.
- Lain Entralgo (1982) : *El diagnóstico médico. Historia y Teoría*. Salvat Edit., Barcelona.
- López Seco, F.; Rodríguez del Toro, C. (1999). Factores asociados a la cronicidad en trastornos de la alimentación. *An. Psiquiatría*. Vol. 15, nº 4: 137-144.
- Lucas A.R., Beard C.M., O'Fallon W.M., Kurland L.T. 50-Year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 917-922.
- Menéndez F., Pedreira J.L. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1999; 19:7-22.
- Otero, N. y Rebolledo, S. (1993): Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, Vol. 5, nº4: 217-223.
- Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS.
- Seva, A. (1993): *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. INRESA: Zaragoza.
- Toro, J.; Castro, J.; Nicolau, R.; Cervera M., Toro A., Zaragoza M., Blecua M.J. Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica* 1995; 2: 181-187.